

## Genom starenja i starenje genoma

**Miroslav Radman**

*Université René Descartes – Paris 5*

*Faculté de Médecine Necker, INSERM U-571*

*Paris, France*

*MedLLS: Mediteranski institut za istraživanje života*

*Split, Hrvatska*

Dok je “biološki sat” germinalne linije univerzalan (oko 1 mutacija godišnje po  $10^9$  parova baza u DNA), somatski “biološki sat” specifičan je za svaku vrstu. Starenje i smrt su evoluirali te tako roditeljska generacija živi dovoljno dugo da potomstvo dostigne dob samostalnoga preživljenja. Zahvaljujući higijeni, prehrani i medicini, ljudski se vijek u Zapadnoj Europi produžava ritmom od 3 mjeseca godišnje već barem 160 godina.

Istraživanja na model-organizmima kao što su nematod *Cenorhabditis elegans*, vinska mušica i miš ukazuju na činjenicu da prirodno starenje nije neizbježan proces, već posljedica signaliziranja (uključujući “insulin-like” receptore) prestanka reproduktivne aktivnosti. Zato inaktivacija nekih gena (daf-3) dovodi do produženja života (do 3 puta) i

do odgovarajućega pomaka u pojavi degenerativnih bolesti. Ako je ovako i u ljudske vrste, produženje zdravog života postaje realnim projektom.

Čini se kako starenje nije aktivan čin, već posljedica isključenja ili slabljenja molekularnih sistema za održavanje stanične molekularne “mašinerije”. Ovi sistemi uključuju održavanje gena (sistemi popravka oštećenja i grešaka u DNA) te proteina (chaperoni i proteazom). Stoga u procesu starenja somatskih stanica dolazi do akumulacije somatskih mutacija i abnormalnih proteinskih agregata. Prvi su odgovorni za eksponencijalni porast raka, drugi pak za eksponencijalni porast neurodegenerativnih bolesti tijekom starenja. Ova degeneracija gena i proteina koja je u korelaciji sa starenjem jest univerzalna jer se događa i bakterijama, što je vidljivo fluorescentnom mikroskopijom.

## Akutna gerijatrija i ponovna mobilizacija u gerijatrijskoj bolnici u Grazu

**Marianne Scala**

*Gerijatrijska bolnica grada Grazu  
Graz, Albert Schweitzergasse 36  
Austrija*

**Osvrt:** U ožujku 2001. godine otvorio se odjel za akutnu gerijatriju te ponovnu mobilizaciju u gerijatrijskoj bolnici u Grazu. Prema austrijskom planu bolničkih ustanova (ÖKAP – Österreichischer Krankenanstaltenplan) iz 2001. godine, trebalo bi do 2005. godine biti 271 ležaj u Štajerskoj i 2000 ležaja širom Austrije za akutnu gerijatriju te za ponovnu mobilizaciju.

**Definicija:** Prema AGR-u (služba za općine i prostorni red), odjeli su samostalna, stručna proširenja organizacijskih jedinica koja provode primarnu i sekundarnu skrb gerijatrijskih pacijenata. Odlikuje ih interdisciplinarni pristup liječenju i skrbi, kao i osobe školovane za gerijatriju polazeći od tjelesnih, psihičkih i socijalnih obilježja gerijatrijskih pacijenata.

**Obilježja gerijatrijskih pacijenata:** Viša biološka dob, multimorbidnost, nespecifična sveukupnost simptoma i netipičan razvoj bolesti, promjene farmakokinetike i farmakodinamike, protrahirajući razvoj bolesti te otežana rekonvalescencija, nestabilnost, nepokretnost, inkontinencija, smanjenje intelektualnosti, psihičke smetnje i bolesti.

**Način dolaska bolesnika:** Otprilike 80% naših pacijenata trenutačno šalju bolnice u Grazu. U međuvremenu sve više i više pacijenata dolaze putem uputnice obiteljskog liječnika.

**Terapijski fokusi:** Nakon fraktura (pogotovo femura), ali i nakon amputacija, kod sindroma boli u kontekstu osteoporoze i artroze, nakon kardiovaskularnih bolesti i pneumonija, kod šećerne bolesti.

**Prosječna dob:** 81 do 85 godina.

**Prosječno trajanje boravka:** 24 dana, uz mogućnost dodatnog liječenja do 3 mjeseca.

**Ponuda usluga:** Terapija bolesti koje su opasne za zdravlje, poticanje individualnih resursa, ciljana mobilizacija putem fizioterapije, treniranje svakodnevnih aktivnosti uz pomoć ergoterapije, psihosocijalna podrška od strane psihologinje, diplomiranih socijalnih radnika i dušobrižnika, savjetovanje vezano uz prehranu i zdravlje, savjetovanje o potrebnim prilagodabama (pomoćna sredstva za ugraditi) u kući vezano uz pripreme otpusta pacijenta, savjetovanje o korištenju pomoćnih sredstava, savjetovanje socijalne i zdravstvene službe, upute i školovanje članova obitelji koji će se brinuti o pacijentu.

Usluga specifična za AGR jest gerijatrijska procjena: definirana je kao interdisciplinarni proces multidimenzionalnog shvaćanja te ocjenjivanje zdravstvenog stanja pacijenta i planiranje terapije. Ovo obuhvaća: mobilnost, rizik vezan uz fizičku nestabilnost pacijenata, sposobnost provođenja svakodnevnih aktivnosti, prehrana, opažanje, pamćenje i sposobnost za orijentiranje, psihičko stanje kao i socijalnu službu.

**Ciljevi:** Liječenje akutnih bolesti s poboljšanjem sveukupnog stanja pacijenta, održavanje i ponovno "uspostavljanje" sposobnosti – ponajviše samostalnog življenja ("samostalnost svakodnevice"), poboljšanje kako mobilnosti tako i preventive daljnega gubitka funkcija, pogotovo prevencija koja će umanjiti potrebe pacijenata za njegovom, ponovna integracija pacijenata u njihovu okolinu te samim time povećanje kvalitete života.

Ovo uspijeva pomoću ciljanoga i kompleksnoga koncepta liječenja.

Bilo bi dobro da liječnik educiran iz područja gerijatrije, skrb za gerijatrijskog pacijenta proširi na sva moguća područja te pacijenta liječi, prati i koordinira, jer nekoordiniranost medicine i tehnike za gerijatrijskog pacijenata često znači pogoršanje cjelokupnoga stanja, a sa zdravstvenoga i ekonomskoga gledišta povećanje izdataka.

## Gerijatrijski pacijent u Austriji – trenutna situacija i izgledi

**Eric Stoiser**

Gerijatrijska bolnica grada Graza  
Graz, Albert Schweitzergasse 36  
Austrija

### *Demografski razvoj*

Približno 22% (što odgovara otprilike 1,7 milijuna) svih Austrijanaca i Austrijanki stariji su od 60 godina, a ovaj će se udio povećati u sljedećih tri desetljeća na najmanje 35% (otprilike 3 milijuna). Broj 85-godišnjaka povećat će se od trenutanih 140.000 na 500.000. Iako trend proteklih godina pokazuje poboljšanje objektivnoga i subjektivnog zdravlja starijih osoba u Austriji, na temelju vidljivog porasta apsolutnog broja starijih osoba očito će porasti i broj gerijatrijskih pacijenata. Ovaj razvoj zahtijeva puno od društva, a posebice od zdravstvene i socijalne politike.

### *Akutna gerijatrija i ponovna mobilizacija*

Tipično obilježje gerijatrijskih pacijenata jest ograničena ili visoko ugrožena samostalnost. Da bi se ovim okolnostima na vrijeme i uspješno usprotivili, u Austriji su opremljeni odjeli za akutnu gerijatriju i ponovnu mobilizaciju. Prema strukturnom planu u 2005. godini je trebalo 2049 kreveta biti "instalirano", ali je doista samo otprilike trećina kreveta "stavljena u pogon". Djelotvornost ovih funkcijskih područja već se pokazala pouzdanom, tako da se u granicama velike zdravstvene reforme u Austriji može računati s povećanjem broja ovih kreveta. Akutne bolesti mogu se stabilizirati u roku od otprilike tri tjedna. Samo opširna i interdisciplinarna gerijatrijska procjena jamči optimalan uspjeh.

### *Stacionarna dugotrajna gerijatrija*

Zbog stalno rastućega broja multimorbidnih pacijenata, potreba za brižnom skrbi ovih osoba u duljem vremenskom razdoblju dobiva na značaju. Ovaj oblik gerijatrijske pratnje jamči bolesniku da ostaje u poznatoj sredini. Ukoliko je riječ o stacionarnoj ustanovi (gerijatrijske bolnice s dugotrajnim gerijatrijskim funkcijskim područjima), sredstva za financiranje nastalih troškova moraju biti osigurana. Baš na ovom području treba još mnogo uvjerljivosti. Savez gerijatrijskih bolnica u Austriji (VGKÖ – Verband Geriatrischer Krankenhäuser in Österreich) bavi se među ostalim i ovom tematikom.

### *Palijativna gerijatrija*

Također će se broj osoba koji boluju od palijativne gerijatrije u sljedećim godinama i desetljećima znatno povećati zbog gore spomenutoga demografskog razvoja. Palijativnu gerijatriju moguće je uspješno organizirati u kućnomu kao i u stacionarnom području, ali trenutno često nedostaju osnovni uvjeti. Ovo se odnosi na potrebne resurse (osoblje, oprema, stručna kompetencija, raspoložive i počasne pratioce po ustanovama za njegu i skrb), kao i potrebno financiranje. U ovom području ima još puno posla.

### *Prilike za budućnost*

Planirana opširna zdravstvena reforma mogla bi i trebala srušiti zidove (zdravstveno-socijalno i socijalno osigurano područje) te omogućiti etabliranje novih, inovacijskih i potrebnih ponuda.

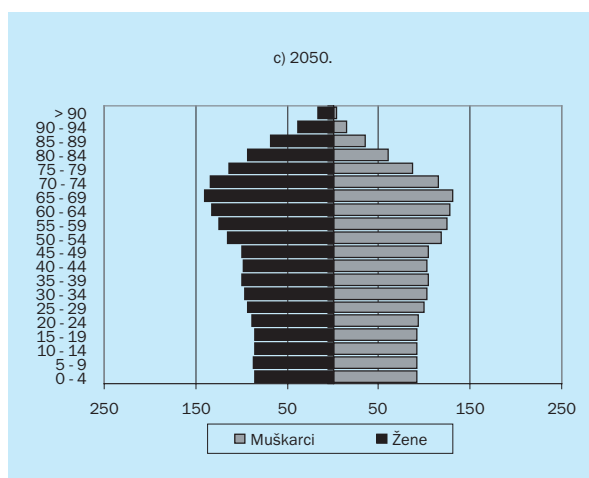
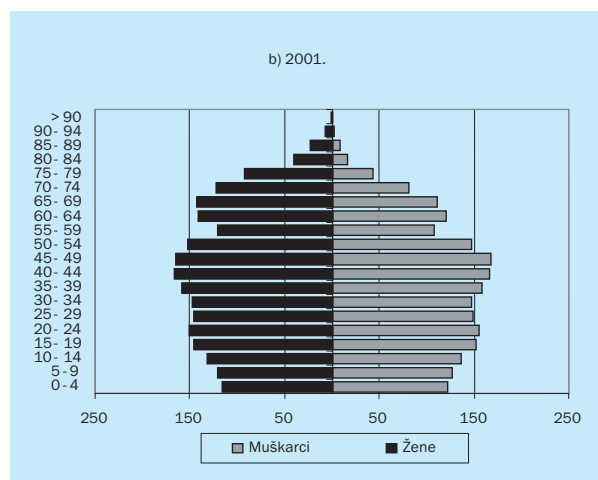
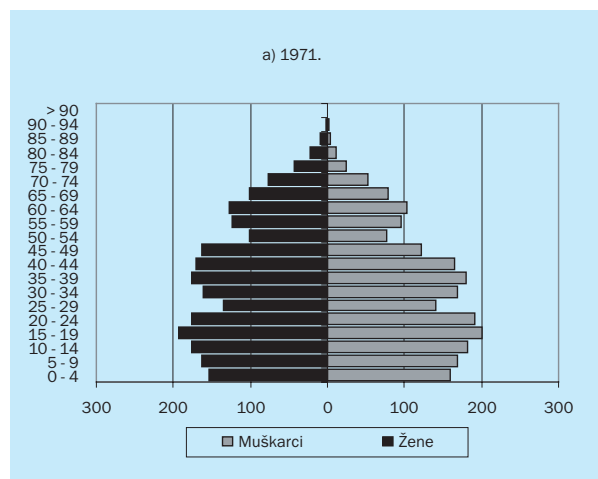
## Ekonomske posljedice demografskih promjena starenja

**Sandra Švaljek**

*Ekonomski institut, Zagreb*

*10000 Zagreb, Trg J. F. Kennedyja 7*

Demografski su trendovi u Hrvatskoj slični onima u razvijenom svijetu. Štoviše, sa stopom totalnog fertiliteta od 1,35 u razdoblju od 2000. do 2005., ne samo da se u razdoblju do 2050. godine može očekivati povećanje udjela starog stanovništva u ukupnoj populaciji, već i vrlo izražen pad ukupnoga broja stanovnika. Depopulacija i narušavanje demografske strukture Hrvatske jasno je vidljiva iz slike 1.



Slika 1. Demografska struktura Republike Hrvatske, 1971., 2001. i 2050. godine

Izvor: UN (2005), Državni zavod za statistiku (2004.)

Na osnovi demografskih projekcija UN-a te projekcija aktivnosti stanovništva Međunarodne organizacije rada (ILO) prati se, s jedne strane, kretanje broja stanovnika u pojedinim dobnim kohortama, a s druge strane kretanje stopa ovisnosti te se nastoje predvidjeti ekonomski učinci ovih kretanja u razdoblju do 2050. godine.

Može se očekivati da će postojeći demografski trendovi imati nezanemarive ekonomske posljedice, odnosno da će utjecati na fiskalna kretanja, kretanja na tržištima rada, kapitala, nekretnina, roba, na bilancu plaćanja te na gospodarski rast i životni standard. Osim toga, pretpostavlja se kako će demografsko starenje koje dovodi do porasta udjela stanovništva starije dobi u biračkom tijelu imati i značajne politekonomske posljedice. Nositelji ekonomske politike suočeni su, stoga, s nizom izazova u pronalaženju adekvatnih mjera za ublažavanje negativnih ekonomskih posljedica demografskog starenja.

## Andropauza

**Srećko Ciglar**

*Klinika za ženske bolesti i porode*

*KB "Mercur"*

*10000 Zagreb, Zajčeva 19*

Terminološki se izraz andropauza oslanja na ravnopravnost spolova jer, u uporabi je naziv za prijelaz žene iz reprodukcijskog u nereprodukcijško razdoblje tzv. menopauza, iako jedan i drugi termin ni u supstancijskom niti u formalnom smislu nisu u skladu s činjenicama.

Naime, u svojem temeljnom značenju spermatogenezi i oplodnoj sposobnosti, reprodukcijško razdoblje muškarca ne završava biološki određenim intervalom kao što se događa u žene. Stoga je umjesto andropauze primjerenije koristiti termin PADAM (postupni pad sekrecije androgena u muškaraca koji stare), sličan ADAM-u ili SLOH-u (simptomatski kasni hipogonadizam).

Prava andropauza nastupa samo u onih muškaraca koji su zbog bolesti ili nesretnog slučaja izgubili testikularnu funkciju ili su pak bili podvrgnuti kirurškoj ili medikamentoznoj kastraciji.

PADAM, ADAM i SLOH jesu stanja povezana s postupnim smanjenjem sekrecije androgena, ali i s interakcijom promjena u lučenju i drugih hormona; nisu univerzalna niti jednaka u svakog pojedinca određene dobi. U muškaraca tijekom starenja i pojave simptomatske andropauze značajnu ulogu igraju i promjene u sekreciji hormona rasta, DHEA/S, melatonina, inzulina, tiroksina i IGF-a.

Simptomi i znakovi koji se najčešće javljaju svode se na posljedice snižene koncentracije androgena (andropauza, adrenopauza) ili pak na posljedice redukcije u sustavu HR/IGF (somatopauza). Tako se javljaju povišena razina ukupnoga i centralnoga masnog tkiva te sniženje krte mase, umanjuju se mišićna masa i snaga, snizuje libido, javljaju se problemi s erekcijom, reducira se mineralna gustoća kosti, raste rezistencija na inzulin, češći je umor, raspoloženje se više kviri uz nazočnost razdražljivosti i depresije, mogu se javiti valovi vrućine kao i redukcija spoznajnih sposobnosti.

Valja naglasiti kako često nema prave korelacije između simptoma i aktualne koncentracije androgena. Dijagnoza se postavlja klinički (anamneza, pregled, upitnici) te laboratorijski (ukupni, slobodni, izračunati slobodni, bioraspoloživi testosteron, DHEA/S, hormon rasta).

Liječenje se može predložiti tek nakon sigurne dijagnoze stanja uz definiranu potrebu prevencije ili poboljšanja određenih aspekata ukupnog zdravlja i kvalitete života. Pouzdana procjena dobrobiti i rizika moći će se dati samo kada budu provedena dovoljno velika i duga istraživanja.

## Hrvatski demografski disbalans i potencijalni međugeneracijski sukob

Mate Ljubičić<sup>1</sup>, Željko Baklaić<sup>1</sup>, Spomenka Tomek-Roksandić<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hrvatski zavod za javno zdravstvo

10000 Zagreb, Rockefellerova 7

<sup>2</sup>Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba – Referentni centar  
Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

10000 Zagreb, Mirogojska c. 16

U Hrvatskoj je 1910. godine živjelo 48,3% stanovništva u dobi od 0 do 19 godina, a svega 5,6% osoba u dobi od 65 i više godina.

Žitelja s manje od 20 godina života 2000. godine bilo je svega 24,5%, ali zato 15,2% u kohorti 65 i više godina (17,5% procjena 2005. godine).

Alarmantna predviđanja daje američki statistički ured koji za Hrvatsku u 2050. godini predviđa ovu redistribuciju stanovništva: dob 0 – 19 godina 18%, s udjelom od 29,6% osoba od 65 i više godina u ukupnom pučanstvu, s 12 puta najbrže rastućim udjelom poglavito osoba od 85 i više godina. Budući da je prema zdravstveno-ekonomskim pokazateljima gerijatrijska zdravstvena skrb pet puta (500%) skuplja od zdravstvene zaštite osoba u generativnoj dobi, jasno je da će ovakvo stanje trajnoga demografskog disbalansa dovesti do neizbježnoga međugeneracijskoga konflikta, s upitnim osiguranjem zadovoljenja ovih troškova iz prihoda rada.

Zbog toga je i nužna primjena produljenja radnog vijeka u odnosu na funkcionalnu sposobnost sadašnjih starijih djelatnika uz uvjet njihova prijenosa znanja, iskustva, umijeća i vještina na mlađe djelatnike. Između ostaloga, ovaj bi novi odnos produljenja radnog vijeka – s primjerice sadašnjih 65 godina na 70 godina (za muškarce) – i prijenosa znanja, osigurao i veće zapošljavanje mladih djelatnika uz stimulacijsku motivaciju poslodavaca za zadržavanje starijih djelatnika. Moguće je postupno umirovljenje starijih djelatnika neovisno o dobi, već o njihovoj funkcionalnoj sposobnosti. Tako bi određena nedostatna zanimanja, poglavito liječničkoga, ekonomskoga i pravnog profila – zbog već sadašnje prosječne starosti zaposlenika od 55 godina – osigurala neometanu daljnju radnu djelatnost, a i rasteretila bi nedostatna financijska sredstva osiguranja mirovine.

Politika dugoročnog uvoza visokokvalificirane radne snage za Hrvatsku je neostvariva jer cijela Europa, od Urala do Gibraltara, ima jednake poteškoće i jedino će najrazvijenije

države imati novac za kupnju školovanih kadrova u Africi i dijelovima Azije.

Postavlja se pitanje kako riješiti dugoročni hrvatski demografski disbalans:

1. Europska unija u svom programu nema i neće imati rješenja za demografske poteškoće pojedinih država članica.

2. Hrvatska nema sadašnje potencijale za primjenu modela svjetskih velesila. Nužna je vizija za vlastiti razvoj.

3. Hrvatska mora iznaći vlastita rješenja razvoja gospodarstva i osiguranja primjerenog standarda, čime će se trajno podići i broj poroda s 1,5 na 2,2 poroda po obitelji ili 60.000 poroda godišnje na nacionalnoj razini, a što diktira osiguranje radnog potencijala.

4. Hrvatska stručna elita uz pozitivnu gospodarstvenu politiku suodgovorna je za izradu održivih pronatalitetnih legislativnih programa, poglavito na području radnog zakonodavstva u skladu s rastućim sadašnjim i budućim zdravstveno-socijalnim potrebama brzo rastućega hrvatskoga starijeg pučanstva.

5. Trajni cilj jest osiguranje aktivnoga zdravoga produktivnog starenja hrvatskog pučanstva uz suodgovornost svake starije osobe, kao i uz suodgovornost interdisciplinarnog sastava stručnjaka koji se bave zaštitom zdravlja i socijalnom skrbi starijih osoba uz pozitivnu zdravstvenu i državnu politiku. Ovdje nije zanemariv udio suodgovornosti i ostalih resursa osim zdravstva, socijalne skrbi, mirovinskog sustava, a što su poglavito obrazovanje i gospodarstvo s razvojem geronteologije pa sve do hrvatskog turizma ne samo za hrvatsko, već i za europsko staračko pučanstvo.

Samo vlastitim rješenjima moguće je ostvariti zadovoljenje objektivno utvrđenih potreba hrvatskog pučanstva, posebice njezinoga najvulnerabilnijeg udjela starijih od 65 godina. Na ovaj će se način izbjeći da starije osobe postanu žrtvama demografskog disbalansa, a koji vodi u neizbježan međugeneracijski sukob.

## Europske norme za život s demencijom – humana arhitektura

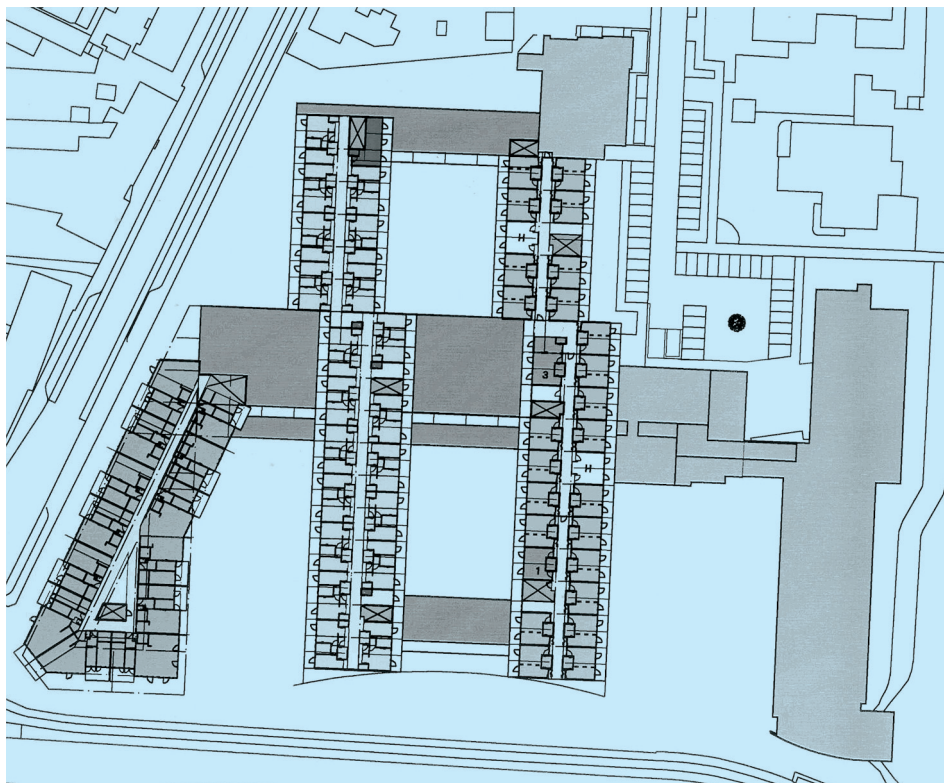
**Biserka Troost-Filipović**

Državni savjet za izgradnju zdravstvenih ustanova  
Utrecht, Nizozemska

U razvijenomu svijetu, gdje je prosječna životna dob posljednjih desetljeća znatno povišena, demencija je postala jedna od (naj)češćih poremećaja stanovništva treće dobi. Učestalim promjenama prebivališta i sve većom individualizacijom društva, prirodni prihvat u vlastitoj okolini sve je manje moguć, što se osobito očituje u gradskim sredinama. Osobe s poremećajima demencije ne mogu se orijentirati u svojoj stambenoj okolini tog trenutka i, vraćajući se u sjećanju u neko ranije razdoblje života, često su dezorijentirani u vremenu i prostoru. Očekuje se da će prosječni životni vijek osoba s demencijom uz poboljšanu zdravstvenu uslugu u doglednoj budućnosti biti oko osam godina. Ovako dugotrajan boravak u jednoj ustanovi smije biti samo human i takav da čovjek u posljednjoj fazi života ne bude reduciran na predmet ili slučaj.

Do osamdesetih godina dvadesetog stoljeća, dementne osobe su, kao i kronično, tjelesno bolesne osobe smještane u stacionare bolničkoga tipa (slika 1). Kapaciteti ovakvih stacionara i domova za stare i nemoćne nerijetko su se kretali od 150 do 400 kreveta. Jednokrevetne sobe bile su rijetkost, većinom su brojile četiri do šest kreveta, a na svakih tridesetak kreveta dolazio bi po jedan dnevni boravak. Zbog velikog broja soba, dugih hodnika i nedefiniranih životnih zajednica, dementne osobe postajale su još više dezorijentirane. Često bi ovakvi "stanovnici" domova po cijeli dan lutali, tražeći put kući.

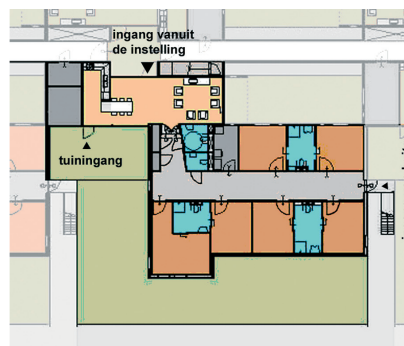
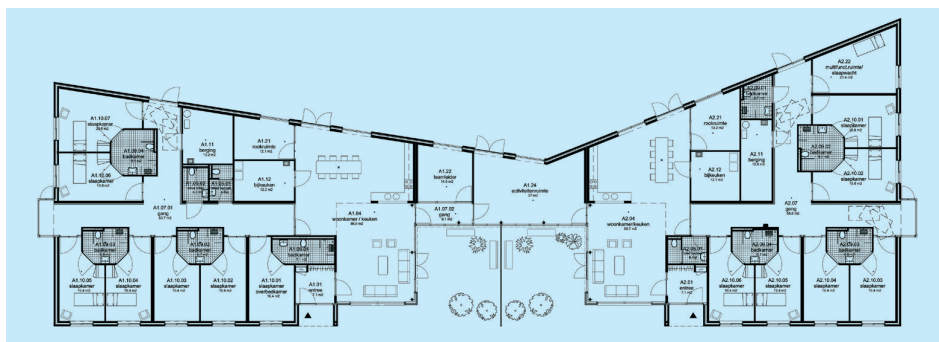
Početak osamdesetih godina, pojam dobre humane brige o starim i nemoćnim osobama kao i o onima s poremećajima demencije u razvijenome svijetu počeo se mijenjati. Starost



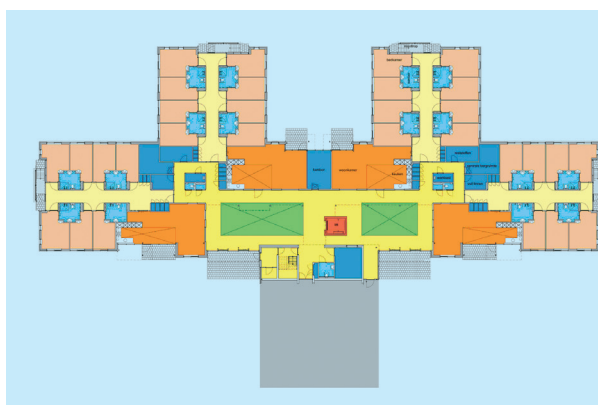
Slika 1. *Poslije Drugoga svjetskog rata građeni su uglavnom ovakvi megalomanski kompleksi u visini od 4 do 10 etaža. Kada bi ustrebalo prostora, jednostavno bi se dogradio još pokoji novi blok.*



Slika 2. Dva grupna stana za štićenike s demencijom izgledaju kao oveća vila prizemnica. Osoblje se može poslužiti prolazom kroz multifunkcionalnu prostoriju i spremište. Na vratima ovih prostorija je kodirana brava kako u štićenika ne bi dolazilo do zabune. Kapacitet dva stana je 12 kreveta.



Slika 3. I kod većih kapaciteta moguće je postići utisak individualnosti grupa. Grupni stan prikazan na desnom tlocrtu očituje se na lijevomu trodimenzionalnom prikazu kao posebna masa. Zgrada je izgrađena u dvije etaže, no u okolini s višim zgradama moguće je istu izvesti i u više katova. Svaki stan raspolaže vrtom ili balkonom (terasom). Kapacitet lokacije je 90 kreveta.



Slika 4. Lokacija srednje veličine sa 60 kreveta u dvije etaže: na vrtnoj strani svaki stan iz dnevne sobe ima izlaz na vrt ili balkon, a na ulaznoj u ostakljeni atrij. Dnevne sobe imaju prozore na obje strane, kako bi stanovnici i za lošeg vremena imali mogućnost "prošetati" vani.



se više ne smatra bolešću, pobijedilo je shvaćanje da je riječ o tjelesnom i duševnom stanju vezanom uz starost, t.j. trećoj dobi u kojoj je ljudima potrebna određena količina pomoći i njege u zadovoljavanju dnevnih potreba. Idealna njega pruža se u vlastitoj životnoj sredini (kući ili stanu), a ukoliko ovo zbog intenziteta i vrste potrebne njege više nije moguće, nastoji se da stacionarski smještaj bude što sličniji kućnoj "situaciji".

Sve se ovo očituje u projektima za izgradnju stacionarskoga smještaja te se nastoji da se isti što je moguće manje razlikuje od kućnoga. Kapacitet ustanove treba biti mali (po mogućnosti ne više od 24 kreveta na jednoj lokaciji) i arhitektonskog oblika da se uklapa u stambeni okoliš, a po mogućnosti i u svakodnevicu naselja u kojem se nalazi (slika 2). Ukoliko ovo nije moguće zbog velikih kapacitarnih potreba (npr. u gradskim sredinama), posebno je važno projektirati tako da grupe ipak imaju vlastiti identitet (npr. vlastita ulazna vrata, kuhinja, prostorija za pranje rublja, terasa ili vrt zaštićen ogradom itd.) te da se izgrađena masa uklapa u urbanističke prilike lokacije (slika 3, 4).

Sobe su u pravilu jednokrevetne (izuzetak su one za braćne parove), kako stanari štićenici ne bi pred kraj života bili prisiljeni na suživot s nepoznatima te kako bi mogli imati dio svojega vlastitoga prepoznatljivog svijeta (male vitrine s uspomjenama, fotografije bližnjih, fotelje na koje su navikli, prekrivače na krevetu i sl.). Ove zajednice za suživot oponašaju obiteljski život i broje najviše 6 štićenika. U ovakvim "grupnim stanovima" (slika 5) zdravstveno osoblje ne nosi uniforme i obavlja sve dnevne

dužnosti, od njege štićenika (jutarnje umivanje, oblačenje, dnevna medikacija, terapijsko čitanje novina) do normalnih dnevnih životnih aktivnosti (priprema hrane, briga za odjeću, razgovor, čišćenje i održavanje stana i sl.). Sve ovo obavlja "domaćica" uz eventualnu pomoć u vrijeme najvećega radnog opterećenja (jutarnje ustajanje i oblačenje, kuhanje ručka i odlazak na spavanje). Štićenici dan ne provode u pidžamama i spavaćicama. Dnevni život odvija se u dnevnom boravku i kuhinji: ove dvije prostorije čine centralni dio stana i projektirane su tako da njegovateljica-domaćica u svako doba ima pregled cijele grupe. Štićenike se stimulira da učestvuju u domaćinskim poslovima, što ima terapeutsku vrijednost. Zanimljivo je da štićenici koji su prethodno boravili u nekom od velikih stacionara, dolaskom u "grupni stan" postaju mobilniji i aktivniji te im se vraćaju neke funkcije koje su u stacionaru bolničkog tipa bile izgubljene. Ovome osobito pridonosi preglednost životne grupe, mali broj sustanara i osoblja s kojim komuniciraju te ispunjenost dana malim aktivnostima i obvezama. Posebno osoblje (npr. liječnik, fizijatar, voditelj posebnih aktivnosti) dolazi "u goste". Zbog ispunjenosti dana prepoznatljivim sadržajima, potreba za lutanjem često se smanjuje. Prisutnost zaštićenog i osiguranoga vanjskog prostora (terasa ili vrt) također igra važnu ulogu, posebno u ruralnim sredinama.

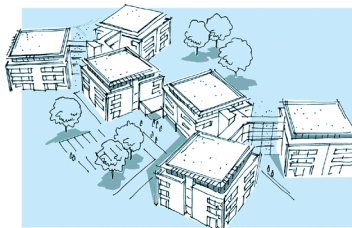
U ovakvim manjim zajednicama, vrlo je jednostavno i tematskim uređenjem stana približiti se životu i navikama štićenika (slika 6). U Nizozemskoj je aktivan priličan broj ustanova u kojima postoje ovakve tematske životne



Slika 5. Ulaz u grupni stan smješten je tako da posjetitelj prvo iz predsoblja uđe u dnevni boravak. Spavaće sobe stanara s demencijom nalaze se iza zatvorenih vrata; grupirane po tri ne pokazuju natalitet koji se sreće u većini sličnih zdravstvenih ustanova. Jedino širina hodnika i vrata svjedoči o korištenju raznih pomagala za prevoz te za podizanje manje mobilnih stanara. Sve su prostorije, uključujući i kupaonu, dostupne. Bolesne je moguće na krevetu dovesti u dnevni boravak.

zajednice gdje se za dočaranje određenog ugođaja posvećuje puno pažnje glazbi koja se sluša, načinu na koji se prostire stol za ručak, namještaju i uređenju, ukrasima itd.. Izbor ne određuje ukus arhitekta ili osoblja, već životne navike štićenika. Pri sastavljanju zajednica teži se tome da štićenici potiču iz sličnih društvenih krugova, ne bi li se svakodnevica mogla prilagoditi dugogodišnjim navikama istih. Ugođaj se kreće od jednostavnoga seoskog (uključujući povrtnjak i domaće životinje), preko građanskoga do gradskog "šika" (s kućnim koncertima klasične glazbe koje učenici i studenti glazbenih škola vrlo rado održavaju). Pritom važnu ulogu ima obitelj i dobrovoljci iz okoline, koji rado daju na raspolaganje potrebne rekvizite i sudjeluju u stvaranju ugođaja. Uključivanjem okoline štićenici se integriraju u društvo, od čega ne profitiraju samo oni, nego i društvo koje upoznavanjem problematike gubi strah od "drugačijih" ljudi. Jednakim principom provodi se i integracija drugih grupa s posebnim potrebama (s psihijatrijskom ili mentalno-razvojnog problematikom).

Budući da i u Hrvatskoj stanovništvo sve više stari, a obitelji su sve manje u mogućnosti same se brinuti o dementnim osobama, dobro je orijentirati se i učiti na iskustvima zemalja koje su već prešle dio ovoga razvojnog puta.



*Slika 6. Veliki kapacitet za smještaj starih i nemoćnih, tjelesno bolesnih i dementnih osoba, raspodijeljen na nekoliko manjih zgrada povezanih ustakljenim bodnicima. Osobe s demencijom smještene su u prizemlju (s izuzetkom dvije centralne zgrade u kojima se nalaze društvene prostorije), kako bi se mogle koristiti ograđenim vrtovima.*

Nijedna sredina koja drži do sebe i do svojih članova ne može biti zadovoljna situacijom u kojoj obitelji svoje stare, nemoćne i dementne članove zaključavaju u stanove dok su mlađi na poslu. Potrebno je osigurati dostojanstvenu starost bez opasnih situacija do kojih spomenuto rješenje vrlo lako može dovesti.

## Gerijatrija – europska praksa i UEMS

**Katarina Sekelj-Kauzlarčić**

*Hrvatska liječnička komora*

*10000 Zagreb, Šubićeva 9*

Gerijatrija se kao zasebna medicinska specijalnost bavi sprečavanjem, dijagnostikom, liječenjem i rehabilitacijom bolesti starijih ljudi. Sam izraz osmislio je i u svojem članku "Geriatrics" (New York Medical Journal) još 1909. godine objavio američki liječnik Ingnez L. Nascher, koji se stoga može smatrati utemeljiteljem moderne gerijatrije u SAD-u.

Europska udruga medicinskih specijalista (UEMS) kao jedna od organizacija koje savjetuju zakonodavce unutar Europske unije (EU) prepoznala je potrebu za samostalnim razvojem ove specijalističke grane te još 1997. godine utemeljila Gerijatrijsku sekciju, koja je sebi za ciljeve postavila harmonizaciju gerijatrijske medicine u zemljama članicama EU, promicanje kvalitete u pružanju usluga na području gerijatrijske medicine, razvoj postupnika za specijalističke programe i trajni profesionalni razvoj gerijatrije kao specijalnosti unutar EU. Intenzivnim provođenjem aktivnosti gerijatrijske sekcije UEMS-a u "starim", a kasnije i u "novim" zemljama članicama, broj zemalja u kojima je gerijatrija samostalna medicinska specijalnost povećao se od prvobitnih osam na sadašnjih šesnaest. Tako je gerijatrija novom sektorskom direktivom (Directive 2005/36/EC), koja stupa na snagu u svim zemljama članicama 20. listopada 2007. godine, potvrđena kao samostalna specijalnost u minimalnom trajanju od četiri godine u ovim zemljama: Češka, Danska, Španjolska, Irska, Italija, Cipar, Litva, Luksemburg, Mađarska, Malta, Nizozemska, Poljska, Slovačka, Finska, Švedska i Velika Britanija. Slijedom obveze da se do stupanja na snagu određene direktive ista mora preuzeti u nacionalna zakonodavstva zemalja članica, moguće je očekivati da se broj zemalja u kojima se gerijatrija pojavljuje kao samostalna specijalnost povećava.

Budući da su neke od glavnih zadaća svih sekcija UEMS-a pa tako i gerijatrijske, harmonizacija plana i programa specijalizacije, definiranje načina provođenja specijalističkog staža, utvrđivanje kriterija za odabir ustanova u kojima će biti moguće provođenje specijalističkog staža kao i ostvarivanje stručnog vanjskog nadzora – neophodno je donošenje odgovarajućih preporuka i dokumenata na razini Vijeća UEMS-a. Posvećujući problemima specijalizacija iznimnu pozornost, Vijeće je odredilo posebnu radnu skupinu za ova pitanja, a službeni predstavnici Hrvatskoga liječničkog zbora, kao kolektivnog člana UEMS-a, aktivno sudjeluju u njezinu radu.

Istodobno, tijekom pristupnih pregovora za punopravno članstvo u EU, utvrđuje se obveza Republike Hrvatske da svoju regulativu prilagodi pravnoj stečevini definiranoj na razini unije. Zaštita zdravlja i sigurnost svakoga građanina unutar EU zajamčene su kategorije u svim zemljama članicama pa se profesije u zdravstvu, napose njihova izobrazba i trajni profesionalni razvoj iznimno pažljivo utvrđuju. Stoga je odgovornost zakonodavca, resornog ministarstva, struke i nadležnih komora, kao profesionalnih organizacija zajednička i proporcionalna vrednotama koje se moraju zaštititi.

S obzirom na to da je općepoznata demografska situacija u Hrvatskoj, koja je prema popisu iz 2001. godine imala dramatičan udio ukupnoga staračkoga pučanstva od 15,62% (u Ličko-senjskoj županiji čak 22,68%), a heterogenost starije populacije u zdravstvenim potrebama nameće neophodnost individualnog pristupa, jasna je potreba za programima primarne, sekundarne i tercijarne zaštite. Trajna izobrazba iz gerontologije i gerijatrije svih stručnjaka koji se skrbe u zaštiti zdravlja i kvalitete življenja starih osoba jedna je od velikih zadaća u bliskoj budućnosti.